

その他

北欧高齢者福祉施設と在宅看護視察報告

Nursing home and Home care nursing in Northern Europe: A Report

後藤 小夜子

Sayoko GOTOH

濱吉 美穂

Miho HAMAYOSHI

抄 録

「福祉国家」として世界に名高い北欧の国スウェーデン王国の高齢者福祉施設や在宅看護の現場を視察訪問した。世界第2位の高齢化率であるスウェーデン王国は我が国と同じように高齢者の終の棲家の問題を抱えているものの、高齢者施設ケア施策から「高齢者安心住宅」という在宅介護施策へと舵を切り、「持続可能性」をキーワードとして様々な工夫が取り入れられていた。福祉国家スウェーデン王国における高齢者施策と実際の高齢者の生活の現状から、我が国の今後のあり様への示唆を含めて報告する。

キーワード ■ スウェーデン王国, 在宅介護, 自立, 尊厳, 介護分野における IT 導入

1. はじめに

スウェーデン王国は、国土面積は日本の約1.2倍（約45万平方キロメートル）のほぼ同じ大きさであるが、人口は日本が約1億2690万人のところ、約975万人（2014年時点）とかなり少ない。長きに渡る社会民主労働党政権により、スウェーデンモデルといわれる「社会民主主義型福祉国家」を築き、児童、傷病・障害、高齢者など、全国民を対象に高い水準で社会福祉サービスを供給している。国民の福祉（幸せ）は国の責任とし、それを保障するための基盤に国民の完全雇用を社会政策の目標としており、国民の意識も男女問わず、既婚・未婚に関係なく平等に労働に従事するという考えをもち、家族が安心して子育てができるように児童保育や教育に関するサービスの充実も保障されている。こうした国民1人1人の自立した考えもあり、16歳以上の子供の親との同居率は低く、在宅における高齢世帯も単身独居や夫婦世帯が

多いことや、生産年齢期における離婚率が高いのも特徴的である。また、スウェーデン王国は、第2次世界大戦中より移民者の増加がみられ、近年は、高齢化と人口減少化の対策として積極的に移民者を受け入れ、労働市場の活性化や経済の活性化につながる政策を図り、言葉の問題で就労できない移民者に対しての失業対策として、言語教育や就労サポートにも力を入れている。

2. スウェーデン王国の高齢者施策の現状

スウェーデン王国は1890年に高齢化率7%、1982年に14%と、非常に速い時期から高齢化社会を経験しており、1997年まで世界一の高齢化率であったなかで高齢者施策を展開していった。1980年代まで、地域に住む高齢者に認知症や身体的能力の問題が生じると、長期療養型医療施設や高齢者福祉施設への移行がなされていた。施設においては入居者の介護度に応じて施設から施設への転居が行われ個人の尊重や人権といった配慮がなされておらず、そうした対応についての批判が大きくなり、1982年に施行された社会サービス法に掲げるノーマライゼーションの原則、自己決定の原則、社会参加の原則、積極的活動の原則に基づき脱施設化の動きが進み、コミュニンにおけるホームヘルプサービスの拡充が進められた。更に1992年のエーデル改革において長期療養型医療施設から自立した高齢者を対象とした施設を含むすべての介護施設が「特別な住居」（図1）という言葉に統合され、施設ではなくあくまでも住居であること、入居の決定は社会サービス法により行われるが、入居に際しては個人と不動産との賃貸法における賃貸契約を結ぶようにし、所得に応じた住宅手当も補償することで、入居者が入居後に介護度に応じて施設を替わることなく、最期まで個人が望めば同じ場所に住み続けることができるようになった。また、エーデル改革以前はランステイング（日本の県にあたる）が保健医療法に基づく保健・医療サービスを、コミュニン（日本の市町村にあたる）が社会サービス法に基づく社会福祉サービスの供給と役割が明確に分かれていたが、「特別な住居」における看護師、作業療法士、理学療法士による医療サービスについてはコミュニンの管轄となり、サービスの一元化が可能となった。それに伴い、「特別な住居」における看護師の果たす責

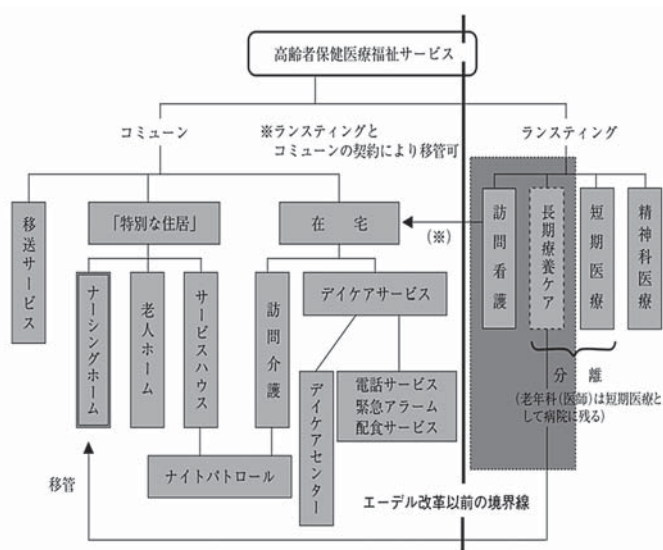


図1) 引用¹⁾ 伊澤知法：スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携，海外社会保障研究 Autumn 2006 No.156

任は大きく、日常的な医療処置の実施や入居者の心身の健康に対する的確な判断力により、アンダーナース（日本のケアスタッフと准看護師の中間的存在であり、高校課程にてアンダーナースに関して学ぶ）指示と情報収集を実施して必要な際に病院の医師にコンタクトをとり、入居者の健康管理をおこなっている。

3. 現在の高齢者の生活について

1) 特別な住居での暮らし

今回の視察にて、「特別な住居」のナーシングホーム、グループホーム、高齢者住宅、老人ホーム、サービスハウス、に訪問させていただいた。介護依存度の高低別に名称が違い、駐在するスタッフ数や職種にも違いがある。ナーシングホームは介護や看護を必要とする高齢者が住居しており、サービスハウスは自立した高齢者の住まいとして存在する。サービスハウスやその他の住居環境を見学させていただいたが、個人の住居として1室～3室程度が確保されており、住み慣れた家で使用していた家具や趣味のものを持って引っ越しを行い、転居前と変わらない個人の好みの暮らしやすい生活空間（図2）がつくられていた。食事も個人の自室で作成することができ、他の住居者と共に談話室に集まりお茶会をしたり食事を共にすることもでき、個々のペースで暮らすことが尊重されていた。また、アルコールも本人が望めば摂ることができ、ミニカジノやビンゴゲームを行うスペースも存在し、スタッフだけでなく、近隣の高齢者がボランティアとしてお茶会の準備に訪れたり、気候の良いときは庭園でバーベキューの開催といった、暮らす高齢者が楽しみや生き甲斐を持ち、孤独に陥らないように配慮（図3）がなされており、そこで暮らす1人1人が活気にあふれていた。主たるスタッフはアンダーナースであり、文化的楽しみのある生活を保証する義務があり、自律のもと自立した生活を最大限維持できるように個人の尊厳を第一にケアに従事しているとのことであった。言葉かけ一つとっても大人として対等に関わり話し合い、本人の意思を尊重することを大前提としており、暮らしていく中で介護度が上がっていくことや認知症の周辺症状が出現してくることがあっても、



図2) サービスハウスにおける個人の居住空間



図3) グループホームのイベント内容

本人が転居を望まなければこの場で暮らせるようにスタッフが対応していくことが当然であり、看取りも行っているとのことであった。介護度の高い住居とされているナーシングホームにおいても、寝たきりの高齢者は1～2名程度であり、胃瘻や中心静脈栄養による栄養維持処置が行われている者は存在しなかった。理由について問うと、怪訝な表情をしながら、そういった医療処置を望む国民は少なく、ほとんどが自然な流れで死期を迎えることを希望するとの回答があった。本人の意思を無視して医師の診察や治療を受けさせりは決してしないとのことであった。看取り後は必ずデスカンファレンスとして職員のグリーフケアの実施を行っているとのことであった。また、「特別な住居」を利用するにあたり、終末期に関する話し合いをあえてせずとも、日ごろから家族間で人生の最期の迎え方について話し合われているので、それに沿ったケアにあたるとの回答が返ってきたことが印象的であったが、自立と自己決定が国民性として根付いているからこそであり、終末期を含む生きることへの責任のとらえ方に対する日本との違いを風土に触れることで政治的文化的背景と合わせて実感することができた。日本では自身の健康について病院に任せる度合いが高く、医療従事者の意見を主体に予後や生き方が進められている傾向にあり、家族で「死」や「生きる」ことについて語り合う時間を十分に持たずにある。医療の進歩とともに治療の選択も広がり予後において多様化にある時代において、国民1人1人が自身の生き方について日頃より考える機会を持ち、意見をきちんと持って選択できる力を養っていく必要があると考える。学校教育の現場などで生死をテーマにした話し合いの時間を設ける等の取り組みをもっと積極的に進めていくべきではないかと考える。

スウェーデン王国において、近年は移民高齢者への対応が問題となっているという話も聞くことができた。先にも述べたように、スウェーデン王国は積極的に移民者の受け入れを行っているが、近隣諸国ではない移民者でスウェーデン語を話すことができなかつたり、認知症となり母国語しか理解できなくなっていく高齢者がおり、会話が通じないことで高齢者の不安や不穏につながるリスクが高まるため、多国語での対応ができるよう他国籍出身のスタッフ採用も積極的に行っているとのことであった。また、尊厳といってもスタッフによる虐待問題がないというわけではないのが現実であり、虐待を発見した職員は告発する義務が法律において定め

	滞在期間 1年未満 (%)	トイレ介 助が必要 (%)	食事介助 が必要 (%)	認知障害 がある人 の割合 (%)	トイレが 専用(%)	専用のト イレとシ ャワーが ある(%)	他人と相 部屋(%)	職員率 (常勤換 算/居住 者)	介護職員 /居住者	看護師/ 居住者
ナーシング ホーム	48.9	86.8	34.5	86.4	55.1	53.4	29.9	0.89	0.73	0.12
グループホ ーム	33.1	78.2	38.1	92.2	99.0	95.3	1.5	1.01	0.91	0.04
高齢者住宅	38.0	60.7	19.9	70.4	95.6	94.0	2.2	0.72	0.62	0.05
老人ホーム	27.3	64.7	15.5	68.4	99.4	54.0	0.0	0.76	0.68	0.05
サービスハ ウス	24.8	35.8	8.8	43.2	98.3	96.4	0.8	0.45	0.39	0.02

出典：Socialstyrelsen(2001) Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?

図4) 引用²⁾ 奥村芳孝：スウェーデンの高齢者住宅とケア政策，海外社会
保障研究 Autumn 2008 No.164

られているということである。法律があるからだけでなく、高齢者の自立度の高さ（図4）や、スタッフの身体的疲労を軽減する機械設備の充実、社会に開かれた環境であることから虐待件数が低くにとどまっていると考えられる。

2) 在宅での暮らし

ホームヘルプサービスについては、ファルケンベリというコミューンの社会福祉局にて講義を受けた。ホームヘルプサービスはコミューン単位で独自の方法で行われている。ファルケンベリは、人口が42000人程度で、スウェーデンで最も高齢者の多いコミューンで80歳以上の高齢者が2456人存在する。高齢者のうち4.2%は「特別な住居」に住んでおり、それ以外の高齢者は在宅で暮らしている。ファルケンベリは海岸沿いから山岳に広がる地域で、サービス利用料金には交通にかかる時間も入るので、山岳方面に住む高齢者への訪問となると、巡回コースを駆使する必要があるため、各利用者のケアメニューとそれにかかる時間、移動距離と移動時間を図評価し、巡回訪問ルートを作成する専属のスタッフが存在する。また、すべての高齢者の自宅を訪問する必要はなく、自立度に応じて見守りや声かけ対応で良い場合は、利用者の同意のもとに自宅内にカメラを設置しセンターでモニタリングして安全確認をスタッフが行っている。ケア対応は24時間体制であるが、ケアスタッフの勤務は日中専属と夜間専属に分けて対応している。また、介護補助具の無料貸出しを行い、訪問先での重労働のケアにおいては介護器具を活用したり、本人も補助具を活用することで自立した生活をできるだけ維持している。こうして不必要なケアを軽減し、1人のスタッフがいくつもの役割を担い負担が重くなることで離職率が高くなることを防ぎ、また、仕事（職種）を増やすことで雇用を作り出している。ケアプランの作成は14名の査定員が行っている。日本のケアマネジャーと違い、大学で法律（主に社会サービス法）を主に、社会福祉、介護福祉、心理、行政論を学び、臨地実習を経て査定員の資格を取得する。査定員は、利用申請書類が届いた時点で申請受理の書類作成を行い、自宅訪問を行い、申請者の全体調査を行う。主な調査内容は、家屋と近隣の環境、支援者の有無、心身機能、障害程度の確認を行う。それを基に、医師、看護師、理学療法士、作業療法士と相談会議を開き、在宅生活における支援内容を具体的に決めていく。申請から遅くても1週間以内、平均4日以内にサービス開始となる。緊急時は申請受理を待たずにサービス開始が行われ、利用者が使いたいときに使えるサービスとしての信頼と安心感が得られ、それが在宅生活の継続にも繋がっている。また、家族がケアを担うことを希望した際は、その家族に給与が支払われる。査定員はそうした家族介護お家庭にも定期的に巡回を行い、家族が適切な介護を行っていない場合は支給を停止し、返金を課せることで介護放棄への対応を行っている。

3) 介護分野の IT 化

元々家族介護という概念が無い文化であるため、介護の社会化はごく自然なこととなっており、要介護状態になったとしても自立心が比較的高い独居高齢者が多い。認知症や医療依存度が高い状況でも本人の望む限りは在宅での生活が保障されており、在宅介護を受ける高齢者が増加傾向にある。北欧諸国においても、我が国同様介護分野のマンパワー不足は深刻である。また、在宅介護を支えるシステム上、在宅ケアスタッフの自宅滞在時間は多くはなく、1名の在宅ケアスタッフが多くの家庭を巡回している。独居の要介護者を継続



図5) スマートフォンが自宅の鍵となっている

的にケアしていく際に、我が国でもたびたび問題となるのが、ケアスタッフが訪問し、要介護高齢者の部屋に入るための「鍵」の問題である。思うように自分では動けない介護度の高い高齢ながら自立した生活を送ることが少なくない北欧諸国では、ドアの鍵をわざわざ開けに玄関まで出てくることなく、ケアスタッフが持参している「スマートフォン」を鍵として使用する（図5）ことのできるシステムが導入され始めている。各自宅の鍵のパスワードがあらかじめ設定してあり、そのパスワード入力をすることによって、鍵を開けることができるという仕組みである。このシステムを利用するには事前に自宅の鍵をこのシステム用に改造する必要があるものの介護を受ける側は、訪問の度に鍵をあけるために玄関まで行く必要はなくなり、訪問ケアスタッフとしても、1日に数件の自宅を訪問する際もそれぞれに預かった鍵を事務所に取りにいき、使用後は元に戻すという時間が無くなり、1台のスマートフォンを持参するだけでよい。ため、より臨機応変な対応や効率化が図られるようになっている。また、訪問した先での利用者の状況や実施したケア内容は、スマートフォンにて写真添付と状況報告を録音したものを送信することで本部に情報が集約されるクラウドサービスを導入し、事務所へ戻ってからの事務作業にかかる時間を短縮させることことで、点在する高齢者住宅への訪問にかかる時間にあてると、非常に効率的なシステムを導入し、マンパワー不足における問題の改善を図る工夫がなされていた。これは、在宅ケアの現場だけでなく、「特別な住居」においても活用されており、個人の生活や尊厳を守りながらも緊急時への迅速な対応を可能にしている。

4. 日本の高齢者施策への示唆

「ゆりかごから墓場まで」という言葉を知らないものがないほどに、スウェーデン王国は世界的な高福祉国家であるという地位を不動のものとしてきた。しかし、この福祉国家も一朝

一挙に構築されたものではなく、かなり長い時間をかけて構築されてきている。現在、スウェーデン王国は日本に次ぐ世界第2位の長寿大国であるが、税金と社会保険料負担が国内総生産の50%という巨大な公共部門を抱え、年金や児童手当、傷病手当などの現金給付を国の事業として行い、全ての国民に平等で良質の生活を保障する社会を実現している。特に高齢者福祉制度に関しては非常に手厚いサービスが準備されており、「高齢者に優しい、老後住みたい国」といったイメージを持つものは未だ少なくない。実際、今回の施設や在宅看護の現場視察によってそのイメージは現実的なものであることが分かった。

スウェーデン王国が福祉国家を目指す方針が強化されたのは、1960年代以降である。この頃の我が国の高齢化率はまだ5.7%といった状況であり、「高齢者福祉」にはまださほど焦点が当てられていなかった時期である。日本ではその後も1973年には「高齢者医療費の無料化」といった政策が打ち出され、その後社会的入院が長い間の社会問題となった。1992年のエーデル改革以前は、医療はラスティング、介護はコミュニンという棲み分けがあり、相互連携が機能しておらず、日本と同じく社会的入院は社会問題であった。しかしエーデル改革によって介護ケアに関する最終的な責任をコミュニンに一元化し、医療治療が終わった高齢者の入院費用負担はコミュニンに回すという施策に切り替えた。これにより、コミュニンは在宅ケアの充実化に舵をとって、社会的入院が大幅に減少した。現在、その流れを組んで一時は高齢者施設を数多く設立したスウェーデン王国ではあったが、現在は多くの高齢者施設を「特別な住居」として転換しつつあり、あくまでも「自立と自律を尊重して最期まで住み続けられる我が家」として、介護が必要となっても安心して生活が続けられる「特別な住居」が増えている。

今回の視察では、このような「特別な住居」に数件視察として訪問し、住民である高齢者とも交流の機会を得ることができた。そこで見た高齢者の方々は、自立心に富み、余暇を楽しみ、他者との交流を楽しむ姿が非常に印象的であった。重度の要介護状態であっても、お洒落を楽しむ余裕があり、突然訪問した見ず知らずの私たちを暖かく受け入れてくださった。文化の違いはあるとはいえ、要介護となってしまった状況においても、在宅で生活が続けられるためのサポートが充実していることから高齢者の方々の安心感が伝わってくる思いがした。

介護サービスに関しては、効率化も随分と進められており、1回の訪問時間は短くなっているものの、在宅生活の上で必要不可欠なケアは切れ目なく提供されるよう工夫され、ケアスタッフの働き方もIT化の進行によって効率的かつ無理のない働き方へと変化してきている。我が国の文化・価値観において、この「効率化」によるケアがどこまで受け入れられるかは、今後の課題ではあるが、我が国でも厚生労働省における医療ICT化の取り組みが始まっており、スウェーデン王国でみられたような地域包括ケアシステムにおけるクラウドサービスが一部地域や企業では既に始められている。これが、利用者の意思が第一に尊重されるためのものであり、支援者にとっての効率化を図るだけのものや形骸化しないためにも、システム導入の整備だけを進めるのではなく、利用者が自身の生き方に責任を持ち、健康管理に対する自己決

定能力を養う準備も同時に進め、利用者が中心となった在宅医療情報ネットワークが構築されていくように進める必要があるのではないかと考える。

引用文献

- 1) 伊澤知法：スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携，海外社会保障研究 Autumn 2006 No.156
- 2) 奥村芳孝：スウェーデンの高齢者住宅とケア政策，海外社会保障研究 Autumn 2008 No.164

参考文献

- 1) 柳沼純子：スウェーデンにおける高齢化対策関係調査，Overseas administration investigation report, 21-25.
- 2) 尾台安子：スウェーデンの高齢者福祉の現状，松本短期大学紀要 第14巻 p27-44 2005
- 3) 奥村芳孝：スウェーデンの高齢者住宅とケア政策，海外社会保障研究 Autumn 2008 No.164
- 4) 世界の厚生労働 2007：www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/09/pdf/teirei/t130~132.pdf 2015年9月25日
- 5) 井樋三枝子：スウェーデンの外国人政策と立法動向，外国の立法 246 (2010)
- 6) 宮寺由佳：スウェーデンにおける就労と福祉－アクティベーションからワークフェアへの変質－，外国の立法 236 (2008)
- 7) 藤岡純一：スウェーデンにおける移民政策の現状と課題，関西福祉大学社会福祉学部紀要 第15巻第2号 2012

（ごとう さよこ 看護学科）

（はまよし みほ 看護学科）